



**ANA LUÍSA DA SILVA  
FÉLIX**

**INTERVENÇÃO COGNITIVA EM ADOLESCENTES  
COM FOBIA SOCIAL**



**ANA LUÍSA DA SILVA  
FÉLIX**

**INTERVENÇÃO COGNITIVA EM ADOLESCENTES  
COM FOBIA SOCIAL**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica, realizada sob a orientação científica do Doutor Carlos Fernandes da Silva, Professor Catedrático do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro e Coorientação da Doutora Paula Vagos, Professora Auxiliar da Universidade Portucalense.

Para os meus pais e respetivos companheiros, irmão, família e amigos.

## **o júri**

Presidente

**Prof. Doutora Josefa das Neves Simões Pandeirada**  
equiparada a investigadora auxiliar do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro

Vogais

**Prof. Doutora Luiza Isabel Gomes Freire Nobre Lima**  
professora auxiliar da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

**Prof. Doutora Paula Emanuel Rocha Martins Vagos**  
professora auxiliar do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade Portucalense

## **Agradecimentos**

A todos os que percorreram comigo este longo e sábio percurso e de alguma forma me ajudaram, auxiliaram e motivaram. Em especial:

- Aos meus pais, Cidália Rocha e José Félix, e respetivos companheiros, Manuel Carvalho e Fernanda Fonseca, que me possibilitaram seguir o meu sonho e nunca desistiram de mim
- Ao meu irmão Gonçalo Félix que é o meu melhor exemplo, que nunca me deixou baixar os braços e esteve sempre presente
- À minha prima Cátia Amador por me aturar, ajudar e acreditar em mim
- À Rita Valente por todo o suporte e paciência ao longo do curso
- Aos meus amigos Tiago Ferraz, David Almeida, Joana Pinto, Carina Mouro, Mafalda de Pinho, Andreia Santos, João Pedro Bento, Marco Pereira, Mariana Pimenta, Filipa Santos, Joana Grave, Lia Caldeira, Ana Branquinho, Pedro Rodrigues, Teresa Oliveira e Jéssica Santos e às minhas tias Conceição Rocha, Lurdes Rocha e Olga Félix por estarem sempre por perto e prontos a ajudar
- Ao meu orientador Carlos Fernandes pela sua partilha, sabedoria e amizade
- À minha coorientadora Paula Vagos sempre disposta a ouvir os meus desesperos e medos, pela sua assiduidade exemplar ao longo de todo o trabalho de investigação.

Um muito obrigada e bem-haja a todos!

## palavras-chave

Perturbação de Ansiedade Social, Terapia Cognitiva, Terapia em Grupo.

## resumo

**Introdução:** A perturbação de ansiedade é caracterizada pelo medo intenso de situações sociais nas quais o indivíduo pode ser avaliado por um público. Os modelos cognitivos que pretendem explicar a perturbação baseiam-se na importância dos sintomas cognitivos (e.g., pensamentos automáticos negativos, distorções cognitivas, crenças), focando-se na importância da mudança cognitiva como promotora da subsequente mudança comportamental. **Objetivos:** Este trabalho teve como objetivo estudar o impacto da mudança cognitiva na sintomatologia da ansiedade social em adolescentes diagnosticados com perturbação de ansiedade social e contribuir para o campo de estudo das terapias empiricamente validadas, com foco especial na adolescência. Em particular, foi considerada a mudança ao nível da sintomatologia cognitiva. **Métodos:** Este estudo contou com um *screening* prévio a uma amostra alargada, de onde resultou a seleção de um grupo restrito de adolescentes com níveis elevados de ansiedade social autorrelatada, cujos membros foram individualmente avaliados via entrevista de diagnóstico clínico standardizada. Após selecionados para o estudo, os participantes foram aleatoriamente divididos pelos grupos de intervenção e lista de espera. Depois do tempo de espera, ambos os grupos foram intervencionados de acordo com um programa de intervenção cognitiva composto por seis sessões. **Resultados:** A amostra foi constituída por 10 participantes, dos quais quatro fizeram também parte da lista de espera. Os resultados mostraram que não houve diferença significativa na alteração sintomatológica desde o início até ao final do programa, todavia os participantes autoavaliaram-se como mais aptos para performances sociais ( $p < .05$ ) e mais recuperados quanto aos pensamentos ruminativos. **Discussão/Conclusão:** A ausência de resultados estatisticamente significativos mostra a ineficácia de um programa que aplica de forma isolada apenas a terapia cognitiva. Estes resultados vão de encontro aos estudos já realizados que sugerem que a terapia cognitiva-comportamental é a mais eficaz para o tratamento da perturbação de ansiedade social.

## keywords

Social Anxiety Disorder, Cognitive Therapy, Group Therapy.

## abstract

**Introduction:** Anxiety disorder is characterized by intense fear of social situations in which the individual can be assessed by an audience. Cognitive models that attempt to explain the disorder are based on the importance of cognitive symptoms (e.g., negative automatic thoughts, cognitive distortions, beliefs), focusing on the importance of cognitive change as a promoter of subsequent behavioural change. **Objectives:** This study aimed to investigate the impact of cognitive change on social anxiety symptoms in adolescents diagnosed with social anxiety disorder and to contribute to the knowledge of empirically validated therapies with a particular focus on adolescence. In particular, the change of cognitive symptoms. **Methods:** The study subjects were previously screened from a large sample, through a standardized clinical diagnosis interview, which resulted in the selection of a restricted group of adolescents with high levels of self-reported social anxiety. The selected participants were randomly divided into intervention group and waiting list. After the waiting time, both groups were enrolled in a cognitive intervention program of six weekly sessions. **Results:** The sample consisted of 10 participants, of which four were also part of the waiting list. The results showed that there was no significant difference in the symptom change from the baseline to the end of the program, however, the participants assessed themselves as more suitable for social performances ( $p < .05$ ) and more recovered as far as ruminal thoughts were concerned. **Discussion/Conclusion:** The absence of statistically significant results shows the inefficacy of a program that applies only cognitive therapy alone. These results are in line with previous studies that suggest that cognitive-behavioral therapy is the most effective treatment for social anxiety disorder.

## Índice

Introdução.....	1
Metodologia.....	6
Amostra.....	6
Processo Amostragem.....	6
Constituição da Amostra.....	7
Instrumentos.....	8
Triagem.....	8
Escala de Ansiedade Social para Adolescentes.....	8
Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Crianças e Adolescentes.....	8
Avaliação da Eficácia.....	9
Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes.....	9
Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes.....	10
Questionário de Processamento Pós-Situacional para Adolescentes.....	10
Inventário de Aliança Terapêutica – Versão Reduzida Revista.....	11
Procedimentos.....	11
Análise dos Dados.....	12
Resultados.....	13
Mudança inter-sujeito: sintomatologia cognitiva e ansiógena de adolescentes com PAS.....	13
Mudança intra-sujeito: melhoria sintomatológica adolescentes com PAS.....	16



Mudança intra-sujeito: recuperação sintomatológica adolescentes com PAS.....	18
Discussão.....	19
Estudos Futuros.....	22
Conclusão.....	22
Referências.....	23

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 – Médias dos fatores.....	14
Tabela 2 – Médias de Autoavaliação das Sessões 1 e 6.....	16
Tabela 3 – Médias da Avaliação Sintomatológica por parte dos Terapeutas na sessão 1 e 6.....	16

## **Índice de Gráficos**

Gráfico 1 – Resultados de Melhoria/Deterioração da Escala EAESSA.....	17
Gráfico 2 – Resultados de Melhoria/Deterioração da Escala PEPQ-A.....	17
Gráfico 3 – Resultados de Recuperação da Escala EAESSA.....	18
Gráfico 4 – Resultados de Recuperação da Escala PEPQ-A.....	18

## **Índice de Anexos**

Anexo 1 – Critérios de Diagnóstico DSM5

Anexo 2 – Planeamento das sessões de Terapia Cognitiva

Anexo 3 – Resultados RCI

## **Abreviaturas**

CBGT-A – Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo para Adolescentes

EAESSA – Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes

EMA – Esquemas Mal Adaptativos

EPASS – Escala de Pensamentos Automáticos e Situações Sociais

EPASSA – Escala de Pensamentos Automáticos e Situações Sociais para Adolescentes

IAT-RR – Inventário de Aliança Terapêutica – Versão Reduzida Revista

MINI-KID – Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents

PAN – Pensamentos Automáticos Negativos

PAR – Pensamentos Alternativos Realistas

PAS – Perturbação de Ansiedade Social

PEPQ-A – Questionário de Processamento Pós-Situacional para Adolescentes

SAS-A – Escala de Ansiedade Social para Adolescentes

SASE-R - Escala de Ansiedade Social para Crianças – Revista

SASS – Programa de Competências Sociais para o Sucesso Académico e Social

## Introdução

A adolescência é considerada um período de transição no qual o indivíduo começa gradualmente à procura de relações afetivas significativas fora do núcleo familiar, tornando-se progressivamente socialmente mais autônomo e capaz de criar relações íntimas ao longo da adolescência média e tardia (Christie & Viner, 2001). A interação social na adolescência é decisiva para o desenvolvimento socio-emotivo adequado do adolescente (Salvador, 2009), pois os pares são capazes de proporcionar uma fonte de experiências variadas (Csikszentmihalyi, Larson, & Prescott, 1977) e de influenciar o indivíduo em diversos níveis, nomeadamente no desenvolvimento de habilidades sociais (Harris, 1995) e no desapego ao núcleo familiar (Spear, 2000). A aceitação por parte dos pares e o desenvolvimento de relações de amizade são essenciais para que o adolescente possa desenvolver sentimentos de pertença, inclusão social, companhia, intimidade e autoestima, assim como para que possa desenvolver as suas competências sociais (Johnson & Glass, 1989; Salvador, 2009). É também nesta fase que o adolescente começa a refletir sobre o que o outro pensa dele e das suas ações, podendo originar inseguranças, receio de não ter caráter e/ou de não ser capaz de criar e manter relações com os pares (Hall, 1994). Assim, as tarefas desenvolvimentais típicas da adolescência e a forma como foram alcançadas em fases anteriores do desenvolvimento podem tornar o adolescente mais suscetível a desenvolver medos e sentimentos de vergonha e de humilhação (Silva & Costa, 2005).

O medo intenso de situações sociais (e.g. manter uma conversa, encontrar pessoas não familiares, comer ou beber em público, falar para uma plateia), nas quais o indivíduo pode ser avaliado por um público (e.g. qualquer pessoa que possa avaliar o indivíduo) é característica central da perturbação de ansiedade social (PAS) (APA, 2013) (Anexo 1). Esta patologia é uma perturbação mental descrita pelo medo persistente e evitamento de situações sociais (Crawley, Beidas, Benjamin, Martin, & Kendall, 2008; Herbert et al., 2009), pelo medo do embaraço ou humilhação (Kashdan & Herbert, 2001) e pelo medo da avaliação negativa (Asendorpf, 1987; Beck, 1995, 2005; Heimberg, Brozovich, & Rapee, 2010; Watson & Friend, 1969) ou positiva (Heimberg et al., 2010; Wallace & Alden, 1997; Weeks, Heimberg, Rodebaugh, & Norton, 2008) por parte dos outros. É mais prevalente durante a infância e adolescência e em indivíduos do sexo feminino (APA, 2013), ainda que diversos estudos (e.g. Davis, Souza, Rigatti, & Heldt, 2014; Wittchen & Fehm, 2003) revelem que a PAS é subdiagnosticada durante a adolescência e que, sem tratamento adequado tende a tornar-se crónica, sem remissão espontânea na sua generalidade.

Quando experienciada na adolescência, a PAS está associada a uma tendência para terem menos amigos, sentirem-se mais sozinhos (Beidel, Turner, & Morris, 1999), apresentarem menores níveis de aceitação e suporte no grupo de pares (Blöte, Kint, & Westenberg, 2007), terem poucas atividades extracurriculares e atenção reduzida (Khalid-khan, Santibanez, McMicken, & Rynn,

2007). A PAS interfere a nível social, escolar/académico, ocupacional e familiar, sendo capaz de causar prejuízos significativos na qualidade de vida dos adolescentes (Essau, Conradt, & Petermann, 1999; Wittchen, Stein, & Kessler, 1999). Neste sentido, perante uma situação social temida, o adolescente experiencia uma série de sintomas fisiológicos e cognitivos, capazes de interferir no seu desempenho comportamental (Salvador, 2009).

Os modelos cognitivos que pretendem explicar a PAS baseiam-se na importância dos sintomas cognitivos, os quais servem de fatores de interpretação dos sintomas fisiológicos. Destacam-se os modelos de Clark & Wells (1995) e Rapee & Heimberg (1997), por serem modelos compreensivos sujeitos a maiores trabalhos de validação teórica e aplicada, todavia com lacunas a nível da aplicação empírica com os adolescentes.

Em ambos os modelos denota-se a referência a crenças idiossincráticas capazes de influenciar o indivíduo. Clark (2001) propõe que os indivíduos com PAS desenvolvem crenças sobre si mesmos e sobre o ambiente em que estão inseridos, apresentando padrões de desempenho bastante elevados e rígidos, crenças condicionadas sobre as consequências de cada desempenho e crenças incondicionadas e negativas acerca do «eu» e da avaliação do outro. Heimberg, Brozovich, & Rapee (2010) sugerem que a combinação entre vulnerabilidade genética e ambiente (e.g. superproteção parental) motivam o surgimento de crenças disfuncionais acerca do «eu». No primeiro modelo as crenças do indivíduo fazem com que este perceba as interações sociais como ameaçadoras e preditoras de falhanço, interferindo no processamento de informação social em vários momentos (Clark, 2001; Hofmann, 2007); já no segundo modelo, as crenças do «eu» levam-no a assumir que o outro é naturalmente crítico e que fará uma avaliação negativa do seu desempenho durante a situação social (Heimberg et al., 2010), sendo o objeto fóbico a audiência percebida/público (i.e., qualquer pessoa com quem o indivíduo possa interagir socialmente) e a sua avaliação (Rapee & Heimberg, 1997). É de mencionar que as características da audiência (importância ou atratividade) e da situação (anonimato da patologia) podem influenciar a intensidade da ansiedade experienciada.

Relativamente aos momentos percebidos da interação social salienta-se no modelo de Clark (2001) uma divisão bem definida dos diferentes momentos do processamento da informação, nomeadamente o antecipatório, o situacional e o pós-evento. Não se verifica uma rigidez tão vinculada no modelo de Heimberg et al. (2010).

Para Clark (2001), o momento antes da interação baseia-se na definição do processamento antecipatório, que é explicado como um conjunto de enviesamentos cognitivos que criam um estado de apreensão e negatividade em relação a situações sociais futuras. Nesta fase é realizada uma recordação de interações sociais passadas que foram percebidas como fracassos (Clark & Wells, 1995). No modelo de Heimberg et al. (2010), realça-se a criação de uma representação

mental do «eu» percebido pelos outros a partir de memórias, de pistas internas (e.g. sensações somáticas) e de pistas externas (e.g. expressões faciais), direcionando a atenção para o objeto fóbico (Daglish & Watts, 1990; Heimberg et al., 2010; Rapee & Heimberg, 1997; Wong & Rapee, 2016). Esta representação é enviesada negativamente por crenças idiossincráticas, podendo estar presentes em diferentes momentos (antes, durante e/ou depois da situação) (Hackmann, Surawy, & Clark, 1998; Heimberg et al., 2010; Lang, 1979; Rapee & Heimberg, 1997). Em ambos os modelos, é defendido que quanto maior for a discrepância percebida pelo indivíduo entre o que considera ser capaz de fazer e o que acredita que os outros esperam que ele faça, e quanto mais atenção for dedicada a esta análise, mais intensa é a probabilidade e o custo atribuído a uma consequência social negativa, fazendo variar a intensidade da ameaça percebida (Clark & Beck, 2010; Wong, 2016).

Ainda nesta fase, a ruminação pode conduzir ao evitamento das situações sociais ou à vivência da situação com elevados níveis de ansiedade, levando o indivíduo a auto-focar-se (Clark, 2001) ou alocar a sua atenção (Rapee & Heimberg, 1997) para os seus sintomas e pensamentos, impedindo-o de olhar para pistas que não confirmam as suas crenças. Neste momento são ativados esquemas mal-adaptativos (EMA) que incluem crenças de inadequação social percebida, estados de ansiedade e padrões de realização imaginados (Vagos, Rijo, & Salvador, 2017; Wong, 2016). Associadas aos EMA, são ativadas distorções cognitivas, como o imperativo (o indivíduo obriga-se a reger por padrões auto-estipulados), a adivinhação (previsão de um futuro com final trágico), o tudo ou nada (avaliação polarizada do seu desempenho), a minimização do positivo (valorização de aspetos negativos) e a catastrofização (o indivíduo espera consequências extremamente negativas do seu desempenho) (Beck, 1995; Vagos et al., 2017).

Na interação em si, Clark (2001) descreve-a como uma vivência mais centrada no «eu», sugerindo que no processamento situacional há uma ativação de produtos cognitivos negativamente enviesados (i.e. pensamentos automáticos negativos e imagens do «eu» na situação) e ativação do auto-foco atencional, onde o indivíduo dirige grande parte dos seus recursos atencionais a informações internas e propriocetivas (Clark & Beck, 2010). Este auto-foco vai levar o indivíduo a fazer uma avaliação introspectiva para construir uma imagem de si, acreditando que é dessa forma que é visto por outros e, consequentemente, negativamente avaliado, auto-perpetuando as suas crenças de incapacidade. Já Heimberg et al. (2010) sugerem uma vivência mais abrangente, recorrendo também a pistas externas e realçando a ideia de que indivíduos não têm défice de competências sociais, mas sim limitações atencionais e comportamentos de segurança (e.g. evitamento), que prejudicam o seu desempenho. Dado que a avaliação da audiência é de extrema importância, o indivíduo torna-se hipervigilante e aloca a sua atenção para detalhes ambíguos e indiretos (MacLeod & Mathews, 1991; Rapee & Heimberg, 1997), reforçando as suas crenças e



proporcionando a gravação da informação mais negativa da interação (Heimberg et al., 2010). Desta forma, o indivíduo cria uma representação mental de si mesmo visto pela audiência na situação e distorce a informação recolhida. Estas representações mentais de si podem ser modificadas ao longo do tempo por informações internas (sensações e memórias) ou por informações externas (ambiente contextual, interpretações de comportamento do eu e do outro e feedback) (Heimberg et al., 2010). Neste nível, o indivíduo faz uso de distorções cognitivas como a leitura de mente (o indivíduo assume que sabe o julgamento do outro) (Beck, 1995; Vagos et al., 2017).

Após a vivência da situação, ambos os modelos falam na ruminação. Clark (2001) propõe que no processamento pós-situacional existe a ocorrência de pensamentos ruminativos persistentes, a partir dos quais o indivíduo constrói uma perspetiva negativa de si e de como viveu a situação social. O indivíduo realiza uma revisão pormenorizada da situação e planeia eventos sociais futuros, baseando-se em parâmetros cognitivos e fisiológicos vividos ao longo dos processamentos anteriores (Clark, 1997). Apesar de não ocorrer apenas após a situação, Heimberg et al. (2010) sugerem que o indivíduo reage cognitivamente com pensamentos específicos sobre as avaliações negativas, que entram num *looping* de diálogo interno negativo, auto-repreendendo-se ou catastrofizando o que os outros poderão pensar dele, aceitando todos estes pensamentos como factos. Esta ruminação tem um papel essencial na manutenção e perpetuação da PAS (Brozovich & Heimberg, 2008; Clark & Beck, 2010; Clark, 2001; Rapee & Heimberg, 1997; Wong, 2016). Nesta fase o indivíduo faz uso de distorções cognitivas como a minimização do positivo, catastrofização e raciocínio emocional (crença de que a forma como se sente é a realidade da situação) (Beck, 1995; Vagos et al., 2017).

Estes modelos têm-se mostrado úteis na prática clínica, com vários estudos testando a sua eficácia no tratamento da PAS, também em adolescentes. De facto, existem vários exemplos de programas de intervenção manualizados e aplicados para a PAS em adolescentes: Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupo para Adolescentes (CBGT-A) (Heimberg, Becker, Goldfinger, & Vermilyea, 1985), Programa de Aptidões para o Sucesso Académico e Social (SASS) (Vagos, Pereira, & Warner, 2015) e Programa «Ser Eu próprio entre os Outros» (Salvador, 2009).

A CBGT-A resulta de uma adaptação do tratamento inicial de Heimberg, Becker, Goldfinger, & Vermilyea (1985). Baseia-se no pressuposto de que as expectativas negativas e a ativação fisiológica contribuem para o desempenho social disfuncional e para o evitamento das interações sociais e, portanto, faz uso da reestruturação cognitiva associada à exposição, de forma a questionar e desafiar os pensamentos automáticos negativos (PAN), ao treino de competências

sociais e à resolução de problemas, ao longo de 16 sessões de grupo. Vários autores (e.g. Albano & DiBartolo, 2007; Albano et al., 1995; Garcia-Lopez et al., 2006) implementaram este programa nos seus estudos e sugerem uma eficácia positiva. Hayward et al. (2000) aplicaram o programa a um grupo pequeno de raparigas adolescentes (n= 53) e verificaram uma redução mantida dos sintomas ansiógenos e depressivos, no *follow-up* 12 meses após o término do programa.

O SASS (Masia, Klein, Storch, & Corda, 2001) foi desenhado para ser aplicado em contexto escolar com particularidades como o tempo de duração das sessões (40 minutos) e o ambiente em que é realizado (escola). É constituído por 12 sessões em grupo que abarcam o pensamento realista, o treino de aptidões sociais e a exposição comportamental gradual e mediatizada. Este programa prevê a participação dos pais, professores e alunos para sem ansiedade social excessiva, assim como sessões individuais de discussão de objetivos e obstáculos (Fisher, Masia-Warner, & Klein, 2004; Masia-Warner et al., 2005; Masia-Warner, Fisher, Shrout, Rathor, & Klein, 2007; Paula Vagos et al., 2015). Estudos de eficácia sobre este programa verificaram que há uma redução significativa dos sintomas, dos comportamentos de evitamento e um aumento significativo no funcionamento geral do indivíduo (Masia-Warner et al., 2005, 2007; Masia, Klein, Storch, & Corda, 2001; Vagos et al., 2015).

O Programa «Ser Eu próprio entre os Outros» foi desenhado por Salvador (2009) para proporcionar experiências que alterassem a visão do adolescente sobre si mesmo e para diminuir níveis de ansiedade e respostas de evitamento, recorrendo a técnicas cognitivo-comportamentais e de aceitação e compaixão. É composto por 18 a 21 sessões semanais em grupo e inclui sessões individuais e com os pais em todas as fases e *follow-up*, de modo a facilitar a mudança e prevenir recaídas (Salvador, 2009). Abrange uma fase psicoeducativa, de desconfirmação cognitiva por via de experiências comportamentais em ambiente controlado e natural e exposição comportamental adjudicada por vídeo-feedback, exclusão de comportamentos de segurança e a redireção atencional para a tarefa. Quanto à eficácia do programa, Salvador (2009) verificou uma remissão significativa do diagnóstico da fobia social dos valores de interferência, incapacidade, ansiedade, evitamento, frequência de pensamentos negativos, frequência de comportamentos de segurança e sintomatologia depressiva na amostra em estudo. Adicionalmente aferiu aumentos significativos na vinculação com amigos, comparação social e qualidade de vida. No *follow-up* dos três meses, não se verificaram diferenças adicionais.

Todos estes programas procuram quer a mudança cognitiva (obtida por reestruturação cognitiva), quer a mudança comportamental (obtida por exposição comportamental ou treino de aptidões sociais), sendo ecléticos. Na atualidade não há investigações que estudem as técnicas de forma isolada ou a sua eficácia (Cunha, Pinto-Gouveia, & Soares, 2007; Gallagher, Rabian, & McCloskey, 2004; Kendall, 1994; Silverman et al., 1999). Desta forma, a hipótese de que a

mudança cognitiva e, por consequente, a da vulnerabilidade cognitiva do adolescente traria alterações afetivas e comportamentais, promovendo a saúde mental desta população, continua por explorar. Para tal, seria necessário intervir apenas na mudança cognitiva e perceber o seu impacto ao nível da PAS.

O foco na mudança cognitiva passa pela lógica de que não é a situação em si que gera a ansiedade mas sim os pensamentos que surgem antes, durante e depois da situação social (Beck & Emery, 1985), devendo estes pensamentos ser o foco de atenção clínica, nomeadamente por via da reestruturação cognitiva. Este processo permite que seja realizada uma reinterpretação da situação, dos PAN e das distorções cognitivas do adolescente, através de: 1) contenção da autoconsciência; 2) redireccionamento atencional do processamento da informação para pistas não negativas; 3) relativização dos padrões performativos idealizados, tornando-os mais realistas e quantificando-os percentualmente para o tipo de desempenho que pode ter; 4) gestão de pensamentos ruminativos, com apoio à redireção da atenção e criação de pensamentos alternativos realistas (PAR) (Clark, 2001).

O presente estudo tem como objetivo estudar o impacto da mudança cognitiva na sintomatologia de ansiedade social em adolescentes diagnosticados com PAS, contribuindo, assim, para o campo de estudo das terapias empiricamente validadas, com foco particular na adolescência. Procurar-se-á essa mudança em contextos ecologicamente válidos, onde os adolescentes experienciam as maiores dificuldades de adaptação, integração e desempenho social (i.e., escola), procurando uma intervenção sistemática, de curta duração, acessível àqueles adolescentes que autonomamente se sentem relutantes em procurar ajuda. A eficácia terapêutica será investigada quer ao nível dos construtos diretamente relacionados com a mudança cognitiva (i.e. PAN e processamento de informação), como ao nível da ativação emocional (i.e. ansiedade social), da interferência percebida pelo próprio adolescente e pelo clínico (i.e. *Anxiety Session Change Index*) (Hayes, Miller, Hope, Heimberg, & Juster, 2008) e na forma como se apresentam comparativamente nos momentos de pré e pós-avaliação. O impacto da aliança terapêutica na mudança terapêutica será também analisado.

## **Metodologia**

### **Amostra**

#### **Processo Amostragem**

O processo de seleção da amostra para a presente investigação contou com um processo de triagem inicial, através da Escala de Ansiedade Social – Adolescentes (SAS-A) (La Greca, 1998), que foi aplicada a todos os alunos a partir do 10º de escolaridade em quatro escolas da zona norte e centro. Os alunos que apresentaram valores superiores a 58 (i.e., média mais um desvio padrão

conforme encontrado na amostra nacional de validação da escala (Cunha, Pinto-Gouveia, & Salvador, 2008)), foram contactados para realizarem uma entrevista estruturada, com um dos terapeutas dinamizador da intervenção, e para responder a um conjunto de questionários de autorrelato (cf. secção de instrumentos).

Como critérios de inclusão considerou-se o diagnóstico principal de PAS e indivíduos com idades compreendidas entre 15 e 17 anos. Como critérios de exclusão teve-se em conta a existência de perturbações mentais comórbidas como diagnóstico principal, patologia de saúde física capaz de interferir significativamente na vida social do indivíduo, patologia de desenvolvimento, perturbações psicóticas, défice cognitivo e acompanhamento psicológico atual para tratamento da PAS.

Na primeira fase da investigação foram abordados 301 alunos, que responderam ao *screening* – SAS-A. Destes, 273 alunos foram excluídos, 237 por não apresentarem resultados superiores à média na medida autorrelato utilizada para triagem, 28 por não cumprirem critérios para diagnóstico da PAS quando avaliados com a MINI-KID, quatro por negarem a participação na intervenção e três por não haver compatibilidade de horário com os diferentes grupos formados. Desta forma, 28 alunos foram selecionados e contactados para realizarem a entrevista/avaliação pré-intervenção. Destes, 26 receberam intervenção e foram aleatoriamente distribuídos para o grupo experimental de intervenção cognitiva ou para o grupo experimental de intervenção comportamental; este último não será alvo da presente investigação. O grupo experimental que recebeu terapia cognitiva contou com 11 participantes, todavia apenas 10 terminaram o programa, havendo um *dropout*. De salientar que quatro destes participantes pertenceram ao grupo de lista de espera, anterior à intervenção.

### **Constituição da Amostra**

O grupo experimental que recebeu intervenção cognitiva contou com a participação de 10 alunos com PAS, sendo a totalidade do sexo feminino. A média de idades foi de 15.70 anos (DP=1.059; mínimo 14 e máximo 18). Relativamente à escolaridade, 50% frequenta o 10º ano, 40% o 11º ano e 10% o 12º ano. Quanto à frequência atual de apoio psicológico, 40% da amostra revelou que recebe apoio por motivos não relacionados com a ansiedade social e 60% não frequenta qualquer tipo de tratamento.

Quatro destas participantes foram sujeitas a uma condição de lista de espera durante seis semanas, antes de receberem intervenção; a comparação entre estes dois momentos de intervenção servirá de *baseline* para contrastar com o mesmo período de tempo em que decorre a intervenção. A média de idades deste subgrupo foi de 15.50 anos (mínimo 15 e máximo 16). No que diz respeito à escolaridade, 50% do grupo frequenta o 10º ano e 50% está no 11º ano. A maior parte do grupo

(75%) não recebe apoio psicológico, sendo que 25% usufrui do mesmo. A procura por apoio psicológico, em ambos os grupos, relaciona-se com casos de depressão no passado e melhoria do desempenho escolar.

### **Instrumentos**

Ao longo da investigação foram utilizados diversos instrumentos de autorresposta e uma entrevista estruturada, de modo executar um diagnóstico quantitativo, a avaliar os níveis de ansiedade dos adolescentes, cognições e relação terapêutica.

#### **Triagem**

*Escala de Ansiedade Social para Adolescentes – SAS-A: Social Anxiety Scale for Adolescents (La Greca, 1998); versão portuguesa por Cunha, Gouveia, Alegre, & Salvador (2004)*

Específica para a avaliação da ansiedade social em adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, a SAS-A é resultado da adaptação da Escala de Ansiedade Social para Crianças – Revista (SASE-R) (La Greca, 1998). É constituída por 22 itens (18 relacionados com a ansiedade e quatro neutros), avaliados numa escala de *Likert* de cinco valores (1=De forma nenhuma; 5=Todas as vezes) (Cunha, Gouveia, et al., 2004).

A análise fatorial desta escala evidencia a existência de uma estrutura de três fatores: Medo da Avaliação Negativa, que avalia medos e preocupações relativas à avaliação negativa dos outros ( $\alpha=.87$ ); Desconforto e Evitamento de Situações, que examina a ansiedade em situações novas ou com pessoas desconhecidas ( $\alpha=.74$ ); Desconforto e Evitamento Social Generalizado que analisa a ansiedade e inibição em situações sociais gerais ( $\alpha=.71$ ) (Cunha, Gouveia, et al., 2004). A versão portuguesa apresenta uma boa consistência interna da escala total ( $\alpha=.88$ ) e uma estabilidade temporal aceitável ( $r=.74$ ) (Cunha, Gouveia, et al., 2004). No presente estudo a escala foi considerada na sua totalidade e não em fatores.

*Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional para Crianças e Adolescentes – MINI-KID (Sheehan et al., 2010); versão portuguesa por Silva, Motta, Brazão, & Rijo (n.d.)*

A MINI-KID é uma entrevista clínica estruturada, que avalia as perturbações mentais do Eixo I, segundo os critérios do DSM-IV, designadamente as perturbações de humor, perturbações de ansiedade, perturbações relacionadas com substâncias, perturbação de tiques, perturbações disruptivas, perturbação de défice de atenção e hiperatividade, perturbações psicóticas, perturbações alimentares e perturbação de ajustamento. Tem também uma secção que permite a triagem de patologias invasivas do desenvolvimento.

Esta entrevista pode ser usada para diagnosticar perturbações de saúde mental categórica (presente ou ausente) e dimensionalmente (de acordo com o número de critérios reunidos para cada diagnóstico). Fornece, ainda, um resumo com um perfil de patologia que cobre as perturbações de saúde mental para as quais o indivíduo cumpriu os critérios de diagnóstico, permitindo ao entrevistador perceber qual a psicopatologia de primeira ordem que deve ser o principal foco de atenção clínica (ou seja, o diagnóstico principal).

Num estudo anterior, os *kappas inter-avaliadores* e *test-retest* foram substanciais a quase perfeitos (.64-1.00) para todas as perturbações avaliadas com a entrevista, exceto para a distímia. A validade *inter-avaliadores* e *test-retest* não foi analisada neste estudo, devido a restrições de tempo e recursos. A validação da versão portuguesa do instrumento encontra-se ainda em estudo. Para garantir a qualidade da aplicação desta entrevista no âmbito deste trabalho, todos os avaliadores foram alunos de mestrado ou mestres em psicologia com pelo menos um ano de prática clínica, que receberam formação específica durante dois dias, em que foram explorados os critérios psicopatológicos tal como formulados na MINI-KID e foram ensaiadas várias entrevistas de diagnóstico em exercícios de *role-play*. Ainda, os avaliadores tiveram sessões de supervisão regulares, durante a recolha de dados, com a Professora Paula Vagos.

### **Avaliação da Eficácia**

***Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes –EAESSA***  
**(Cunha, Pinto-Gouveia, Salvador, & Alegre, 2004)**

Este instrumento foi desenvolvido para avaliar a intensidade da ansiedade social experienciada por adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e 18 anos e a frequência com que eles evitam situações sociais (Cunha, Pinto-Gouveia, et al., 2004).

A EAESSA é composta por 34 situações sociais, onde o adolescente avalia o desconforto/ansiedade sentida e o evitamento praticado, através de uma escala de *Likert* de cinco pontos (1=Nada ansioso/Nunca evito; 5=Muitíssimo ansioso/Evito quase sempre). A escala contém duas subescalas, uma que avalia o grau de desconforto/ansiedade sentida e outra o grau de evitamento efetuado (Cunha, Pinto-Gouveia, et al., 2004). No presente estudo foi utilizada apenas a subescala de ansiedade social, tida enquanto medida direta da sintomatologia definidora da PAS.

De acordo com Cunha et al., (2008), a análise fatorial exploratória revela a existência de seis fatores com níveis adequados de consistência interna: Interação em Situações Novas ( $\alpha=.79$ ), Interação com o Sexo Oposto ( $\alpha=.84$ ), Desempenho em Situações Formais ( $\alpha=.73$ ), Interação Assertiva ( $\alpha=.67$ ), Ser Observado pelos Outros ( $\alpha=.75$ ) e Comer e Beber em Público ( $\alpha=.61$ ). A análise da consistência interna mostra também valores elevados ( $\alpha=.91$  para a subescala de desconforto/ansiedade sentida), assim como boa fiabilidade *test-retest* num intervalo de cinco semanas ( $r=.74$ ,  $p<.01$  para a subescala de Desconforto/Ansiedade Sentida) (Cunha, Pinto-Gouveia, et al., 2004).

***Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes – EPASSA (Salvador, Pinto-Gouveia, & Bento, n.d.)***

Esta escala surgiu como uma adaptação para adolescentes da Escala de Pensamentos Automáticos e Situações Sociais (EPASS) (Pinto-Gouveia, Cunha, & Salvador, 2000). Os 19 itens da escala avaliam a frequência com que os pensamentos automáticos ocorrem nas situações sociais temidas, sendo avaliados numa escala de *Likert* de quatro pontos (0=Nunca; 4=Quase Sempre) (Salvador, 2009). Relativamente a características psicométricas, esta escala não foi ainda estudada, todavia Salvador (2009), encontrou no seu estudo diferenças significativas entre o grupo com PAS generalizada e os restantes (PAS específica de situações de desempenho e sem psicopatologia), que não diferiram significativamente entre si.

***Questionário de Processamento Pós-Situacional para Adolescentes – PEPQ-A: Post-Event Processing Questionnaire (Fehm, Hoyer, Schneider, Lindemann, & Klusmann, 2008); versão portuguesa por Seabra (2014)***

A PEPQ-A avalia o quanto e como o processamento pós-situacional, após seis meses de um evento, provocou ansiedade nos adolescentes (Seabra, 2014). É constituído por 17 itens, respondidos numa escala visuo-analógica que varia entre 0 (Não ou Nunca) e 10 (Forte ou Muitas Vezes).

A análise fatorial sugere três fatores: Ruminação Persistente (sete itens que avaliam os pensamentos recorrentes e excessivos apesar da resistência ou evitamento); Ruminação Específica (seis itens que examinam o pensamento sobre aspetos mais específicos da situação); Tentativa de Controlo (quatro itens que avaliam formas de prevenir/evitar ou refazer a situação no passado ou

futuro). O questionário mostra ter boa consistência interna ( $\alpha=.96$  para a escala total;  $\alpha=.94$  para a subescala de Ruminação Recorrente;  $\alpha=.91$  para a subescala de Ruminação Específica;  $\alpha=.89$  para a subescala de Tentativa de Controlo) (Seabra, 2014).

***Inventário de Aliança Terapêutica-Versão Reduzida Revista – IAT-RR: Working Alliance Inventory-Short Revised (Hatcher & Gillaspay, 2006); versão portuguesa por Ramos (2008)***

A IAT-RR avalia e traduz a aliança terapêutica, sendo indicada para adolescentes e adultos. É um inventário que contém 12 itens avaliados numa escala de *Likert* de cinco pontos (1=Raramente; 5=Sempre) (Ramos, 2008). A análise fatorial sugere a presença de dois fatores: o Vínculo e o Tarefas e Objetivo. Examinando as características psicométricas do inventário verifica-se boa consistência interna ( $\alpha=.85$  para a escala total;  $\alpha=.69$  para a subescala de Vínculo;  $\alpha=.85$  para a subescala de Tarefas e Objetivos) (Ramos, 2008).

### **Procedimentos**

O protocolo de intervenção cognitiva sobre o qual a presente investigação se debruça foi desenvolvido pela Professora Paula Vagos, sendo parte integrante do seu projeto de pós-doutoramento. Este foi desenhado para implementação em ambiente escolar, sendo composto por seis sessões semanais de uma hora, administrado a um grupo de três/quatro adolescentes, num prazo de seis a nove semanas, dependendo das interrupções escolares. Cinco dos participantes realizaram as sessões com dois dinamizadores e os restantes cinco com apenas um.

Neste protocolo, a terapia cognitiva teve por base o modelo de Clark (2001) para a fobia social, tendo como objetivo a promoção de um processamento mais realista e um menor enviesamento da informação recolhida numa situação social (Anexo 2). Todas as sessões refletiam o princípio da psicoeducação, desenrolando-se numa constante autodescoberta guiada. No final de cada sessão realizava-se um apanhado geral do que foi falado e treinado ao longo da sessão, pretendendo promover a prática das novas competências cognitivas aprendidas para a vida fora sessão.

Para a sua implementação, foi cedido a cada dinamizador um manual com a planificação e descrição detalhada de cada sessão. Cada sessão foi planeada e treinada na semana anterior com o autor principal. Já aos adolescentes foi distribuído um livro de apoio, que continha tarefas sugeridas e onde podiam registar as sessões.

No final de cada sessão era solicitado aos adolescentes que respondessem ao *Social Anxiety Session Change Index*, de modo a avaliar o modo como se sentiram na semana anterior e no dia da



sessão. Além desta avaliação, no final das sessões os dinamizadores tinham de avaliar a melhoria sintomatológica de cada indivíduo, bem como a sessão e os seus diferentes momentos.

### **Análise dos Dados**

Para que fosse possível avaliar as mudanças clínicas da sintomatologia cognitiva de ansiedade social em adolescentes com PAS, foram realizadas diferentes análises estatísticas. Foi utilizada a ANOVA com medidas repetidas (mudança inter-sujeito), tendo como efeito *within-group* o tempo (i.e., dois momentos ao analisar apenas o grupo experimental, sendo T1 o momento pré-intervenção e T2 o momento pós-intervenção, ou três momentos, ao analisar o grupo em lista de espera, sendo T0 o momento seis semanas antes da intervenção, T1 e T2) e como variável dependente os fatores de cada escala utilizada, sendo pretendido verificar se houve alterações nos valores de autorrelato, ao longo dos diferentes momentos de avaliação. Assim, espera encontrar-se mudança cognitiva ao longo do tempo, expressada por uma diminuição da ansiedade autorrelatada, dos pensamentos automáticos e da ruminação pós-situacional nas escalas utilizadas, desde o início até ao seu término do programa. Esta análise foi aplicada a todas as medidas em análise.

Nos fatores em que se verificarem diferenças significativas ao longo do tempo, será analisado o papel da aliança terapêutica como co-variável. Com esta análise pretende-se compreender se a mudança clínica ocorreu devido a fatores específicos do programa, independentemente de fatores genéricos da intervenção psicológica (i.e., aliança terapêutica).

Foi ainda efetuada e analisada a comparação dos relatos obtidos por participantes e terapeutas na sessão 1 e sessão 6. Para isso foi realizada uma ANOVA de medidas repetidas considerando o relato obtido em cada sessão (dois níveis), de modo a verificar se houve alteração quer na autoavaliação da ansiedade sentida, interferência na vida diária e preocupação descrita pelos participantes, quer nas avaliações da intensidade de sintomatologia descrita pelos terapeutas.

Foi também investigada a mudança de cada participante individual (mudança intra-sujeito) com base no Índice de Mudança Confiável (RCI, Jacobson & Truax (1991)), que permite verificar se o funcionamento de cada indivíduo do pré ao pós-intervenção é suficientemente diferente para que possa ser considerado em recuperação em relação à psicossintomatologia apresentada. O RCI fornece informações acerca dos efeitos do tratamento para cada indivíduo, permitindo averiguar se este melhora ou deteriora em comparação com a avaliação inicial (Conboy, 2003). Para verificar se a mudança observada é genuína e não apenas devido a erros de medição, e ainda se a mudança posiciona o indivíduo dentro das normas de grupos funcionais (Conboy, 2003), o RCI testa a hipótese nula de «nenhuma mudança clinicamente significativa», dependendo da distribuição normal (Maassen, 2001), a partir de uma equação pré-concebida e considerando o erro de medição dos diferentes instrumentos (Jacobson & Truax, 1991). Considerando que esta equação exige o conhecimento de variados dados acerca dos instrumentos (e.g., consistência interna previamente

obtido com amostras alargadas), não foi possível aplicá-la aos dados recolhidos com a escala EPASSA.

Para a interpretação do RCI, foram utilizadas as medidas amplas sugeridas por Wise (2004): Recuperação, Remissão, Melhoria, Sem Alteração, Deterioração Ligeira, Deterioração Moderada e Deterioração. Posteriormente, para o presente estudo, a mudança dos participantes foi considerada segundo três grandes grupos: melhoria ]1.95 a 1.28[, sem mudança [.84 a -.84] e deterioração ]-.74 a 1.95[. De acordo com Wise (2004), se os resultados forem superiores a .84, pode afirmar-se, com um intervalo de confiança de 80%, que a mudança significativa é real e confiável, já se o resultado exceder 1.28 ou 1.96, o intervalo de confiança passa para 90% ou 95%, respetivamente. Contrariamente, se o resultado for inferior a .84, pode afirmar-se que ocorreu deterioração. Já no intervalo .84 e -.84, pode-se afirmar que o indivíduo não mostrou qualquer tipo de mudança.

Já a recuperação de cada indivíduo foi calculada de acordo com uma série de equações pré-concebidas, que permitem verificar se, tendo em consideração um ponto de corte, o resultado do participante após a intervenção se aproxima ou não da população normal e se afasta ou não da população clínica (Jacobson & Truax, 1991).

## Resultados

### Mudança inter-sujeitos: sintomatologia cognitiva e ansiógena de adolescentes com PAS

Para a análise das escalas EAESSA, EPASSA e PEPQ-A foi realizada uma ANOVA de medidas repetidas com dois níveis (T1 e T2), para o grupo experimental (n=10), e uma com três níveis (T0, T1 e T2), para o grupo em lista de espera (n=4). Relativamente aos fatores das medidas de ansiedade, o efeito do tempo não foi significativo quer para o grupo experimental quer quando considerados participantes também em lista de espera nos fatores *Interação em Situações Sociais Novas* ( $F_{(1,1)}=1.86, p=.21, \eta p^2=.17$  e  $F_{(2,1)}=1.02, p=.42, \eta p^2=.25$ , respetivamente), *Interação Social com o Sexo Oposto* ( $F_{(1,1)}=.45, p=.50, \eta p^2=.05$  e  $F_{(1,1)}=.13, p=.75, \eta p^2=.04$ , designadamente), *Interação Assertiva* ( $F_{(1,1)}=.70, p=.43, \eta p^2=.07$  e  $F_{(1,1)}=1.13, p=.39, \eta p^2=.26$ , respetivamente) e *Comer e Beber em Público* ( $F_{(1,1)}=.10, p=.76, \eta p^2=.01$  e  $F_{(2,1)}=.46, p=.65, \eta p^2=.13$ , designadamente). Contudo, analisando as médias da análise descritiva de ambos os grupos (cf. Tabela 1), verificou-se uma alteração no sentido esperado, ou seja, os valores médios diminuíram com o passar do tempo, apesar da diferença, na presente amostra, não se ter mostrado estatisticamente significativa.

Tabela 1: *Medidas descritivas das medidas de ansiedade social, pensamentos automáticos e processamento pós-situacional*

	Lista de Espera (n=4)						Grupo Experimental (n=10)			
	T0		T1		T2		T1		T2	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
<b>EAESSA</b>										
Interação em Situações Sociais Novas	17.00	2.16	16.00	2.16	14.50	3.11	14.20	3.74	12.50	4.17
Interação Social com o Sexo Oposto	15.00	3.74	14.50	4.20	13.75	3.30	12.90	4.82	11.70	4.88
Desempenho em Situações Sociais Formais	17.00	2.16	17.50	2.65	15.25	2.63	15.00	3.92	11.70	3.80
Interação Assertiva	23.00	1.83	21.75	2.87	19.75	4.86	17.30	5.36	11.10	5.86
Observação pelos Outros	18.25	2.06	20.25	5.97	16.75	2.73	18.50	5.50	16.80	5.53
Comer e Beber em Público	5.00	1.41	5.00	3.37	5.75	1.71	4.70	2.21	4.50	1.78
<b>EPASSA</b>										
Pensamentos Automáticos	52.75	12.58	55.50	13.18	47.50	9.11	49.90	12.18	44.20	11.13
<b>PEPQ-A</b>										
Ruminação Persistente	29.50	26.15	32.50	27.81	16.75	10.87	30.20	19.00	22.00	14.03
Ruminação Específica	32.50	17.54	29.50	17.33	23.50	7.23	30.56	12.72	25.22	11.04
Tentativa de Controlo	23.00	12.68	26.50	14.06	15.75	2.50	21.78	10.67	15.44	3.54

Nota: EAESSA: Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; EPASSA: Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes; PEPQ-A: Questionário de Processamento Pós-Situacional para Adolescentes

Na medida de ansiedade sentida em específico ao ser observado por outros, não foi igualmente observado um efeito significativo do tempo em ambas as condições, respetivamente ( $F_{(1,1)}=1.08$ ,  $p=.33$ ,  $\eta p^2=.11$ ) e ( $F_{(2,1)}=1.66$ ,  $p=.27$ ,  $\eta p^2=.36$ ). A análise das médias descritivas do grupo experimental revela uma diminuição dos valores médios com o passar do tempo e na lista de espera, embora neste caso se verifique um aumento dos valores médios de T0 para T1 e uma diminuição de T1 para T2, apesar da análise estatística revelar ausência de significância estatística (cf. Tabela 1).

Contrariamente aos fatores anteriores, no fator *Desempenho em Situações Sociais Formais* verificou-se um efeito significativo do tempo para o grupo experimental ( $F_{(1,1)}=54.45$ ,  $p=.01$ ,  $\eta p^2=.54$ ), com médias significativamente diferentes ( $p=.01$ ) do momento pré ao pós-intervenção (de T1 a T2) (cf. Tabela 3). Já nos participantes avaliados também em lista de espera, não foi observado efeito do tempo ( $F_{(2,1)}=1.72$ ,  $p=.26$ ,  $\eta p^2=.36$ ), embora as médias sugiram um aumento de T0 para T1 e diminuição de T1 para T2 (cf. Tabela 1).

No que concerne aos produtos cognitivos em análise, o fator *Pensamentos Automáticos Negativos* não obteve efeito significativo do tempo, quer para o grupo experimental ( $F_{(1,1)}=3.38$ ,  $p=.10$ ,  $\eta p^2=.27$ ) quer para o grupo sujeito a lista de espera ( $F_{(2,1)}=1.80$ ,  $p=.24$ ,  $\eta p^2=.38$ ). Analisando as medidas descritivas do grupo experimental, foi possível observar que as mesmas apresentam uma diminuição ao longo do tempo; já na lista de espera foi verificado um aumento dos valores

médios de T0 para T1 e uma diminuição de T1 para T2, apesar do efeito ter sido significativo (cf. Tabela 1).

Na escala utilizada para medir os fatores atencionais, não houve um efeito significativo do tempo em ambas as condições para os fatores *Ruminação Persistente* ( $F_{(1,1)}=2.86, p=.13, \eta^2=.24$  e  $F_{(2,1)}=2.94, p=.13, \eta^2=.50$ , respetivamente) e *Tentativa de Controlo* ( $F_{(1,1)}=2.71, p=.14, \eta^2=.25$  e  $F_{(2,1)}=1.21, p=.36, \eta^2=.29$ , designadamente). À semelhança das medidas analisadas anteriormente, as medidas descritivas do grupo experimental revelam uma diminuição dos valores médios com o passar do tempo e na lista de espera um aumento dos valores médios de T0 para T1 e uma diminuição de T1 para T2, apesar de não ter sido significativo (cf. Tabela 1).

Concomitantemente, no fator *Ruminação Específica* o efeito do tempo não foi significativo quer para o grupo experimental ( $F_{(1,1)}=.94, p=.36, \eta^2=.11$ ), quer para a lista de espera ( $F_{(2,1)}=.57, p=.60, \eta^2=.16$ ). No entanto, a análise das médias descritivas de ambos os grupos (cf. Tabela 1) revela uma diminuição dos valores médios com o passar do tempo, apesar de não ser significativo.

Para perceber a interação entre o fator que obteve uma mudança estatisticamente significativa e a aliança terapêutica, fez-se uma análise de covariância entre o fator *Desempenho em Situações Sociais Formais* e a aliança terapêutica. Esta análise revelou que esta variável não tem um efeito significativo nos resultados obtidos, quer no caso do grupo experimental quer no caso dos participantes sujeitos também a lista de espera, considerando ambas medidas que refletem a aliança terapêutica, a saber *Vínculos* ( $F_{(1,1)}=3.11, p=.12$  e  $F_{(2,1)}=1.05, p=.49$ , designadamente) e no *Tarefas e Objetivos* ( $F_{(1,1)}=3.73, p=.10$  e  $F_{(2,1)}=3.33, p=.2$ , respetivamente).

Para avaliar a mudança na perceção dos próprios participantes acerca das suas dificuldades da sessão 1 à sessão 6, foi executada uma ANOVA a dois níveis (S1 e S6) para o grupo experimental ( $n=9^1$ ). Relativamente à subescala *Ansiedade*, verificou-se uma alteração significativa de S1 para S6 ( $F_{(1,1)}=5.32, p=.05, \eta^2=.40$ ). Ao examinar a análise descritiva verificou-se uma diminuição estatisticamente significativa dos valores médios, da primeira para a última sessão ( $p=.05$ ) (cf. Tabela 2). Na subescala *Medo/Preocupação* verificou-se uma alteração significativa de S1 para S6 ( $F_{(1,1)}=9.26, p=.02, \eta^2=.54$ ). A análise descritiva mostrou uma diminuição estatisticamente significativa dos valores médios, da primeira para a última sessão ( $p=.02$ ) (cf. Tabela 2). Contrariamente às subescalas anteriores, na subescala *Interferência* não se observaram alterações significativas de S1 para S6 ( $F_{(1,1)}=3.01, p=.12, \eta^2=.27$ ). A análise descritiva revelou uma diminuição dos valores médios, da primeira para a última sessão (cf. Tabela 2).

---

<sup>1</sup> A ausência de preenchimento do questionário *Social Anxiety Session Change Index* por um dos participantes na S6 provocou uma diminuição da amostra

Tabela 2: *Medidas descritivas da Autoavaliação das Sessões 1 e 6*

	Grupo Experimental (n=9)			
	S1		S6	
	M	DP	M	DP
Ansiedade	4.78	.49	3.33	.41
Medo/Preocupação	4.89	.71	3.44	.63
Interferência	4.33	.56	3.44	.39

Nota: Sessão 1; Sessão 6

Quanto à avaliação dos terapeutas relativamente à sintomatologia de cada participante entre a sessão 1 e a sessão 6, foi executada uma ANOVA a dois níveis (S1 e S6), para o grupo experimental (n=10). Nesta análise não se verificou alteração estatisticamente significativa ( $F_{(1,1)}=2.82$ ,  $p=.13$ ,  $\eta p^2=.24$ ), existindo uma alteração nos valores médios ao longo das sessões (cf. Tabela 3).

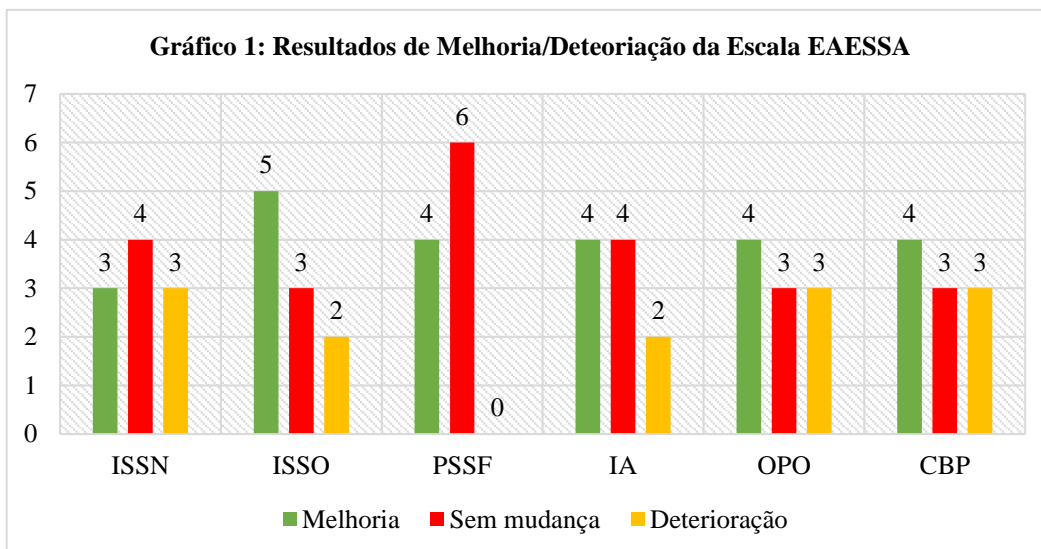
Tabela 3: *Medidas descritivas da Avaliação Sintomatológica por parte dos Terapeutas nas Sessões 1 e 6*

	Grupo Experimental (n=10)			
	S1		S6	
	M	DP	M	DP
Avaliação	3.05	.57	2.00	.21

Nota: Sessão 1; Sessão 6

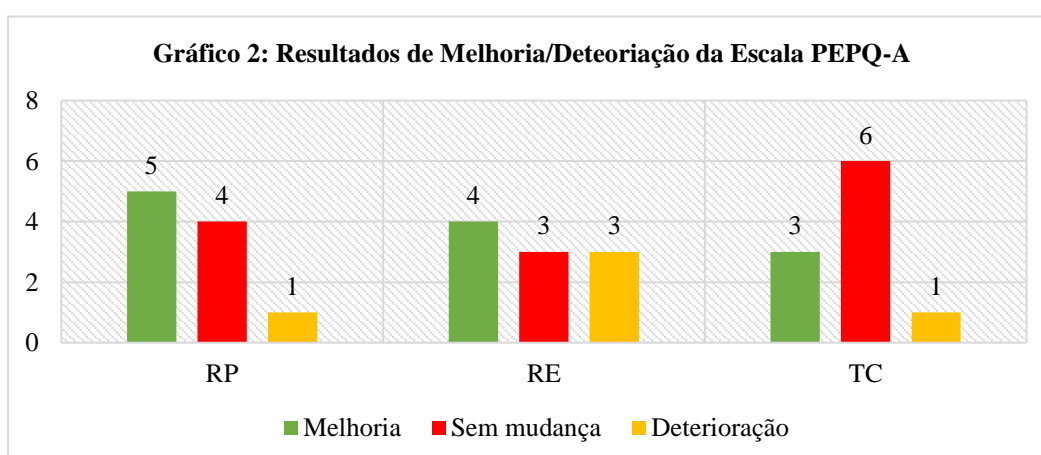
### **Mudança intra-sujeitos: melhoria sintomatológica de adolescentes com PAS**

Para avaliar a mudança clínica intra-sujeito, foi examinado o RCI. A análise dos resultados do RCI sugere que na escala EAESSA, nos fatores *Interação Social com o Sexo Oposto*, *Observação pelos Outros* e *Comer e Beber em Público* a maioria dos participantes melhorou; nos fatores *Interação em Situações Sociais Novas* e *Desempenho em Situações Sociais Formais* a maioria das adolescentes não mudou; e no fator *Interação Assertiva* a maior parcela dos participantes ou melhorou ou não mostrou nenhuma mudança. Em todas as medidas houve uma minoria que deteriorou (cf. Gráfico 1).



Nota: EAESSA: Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; ISSN: Interação em Situações Sociais Novas; ISSO: Interação Social com o Sexo Oposto; PSSF: Desempenho em Situações Sociais Formais; IA: Interação Assertiva; OPO: Observação pelos Outros; CBP: Comer e Beber em Público

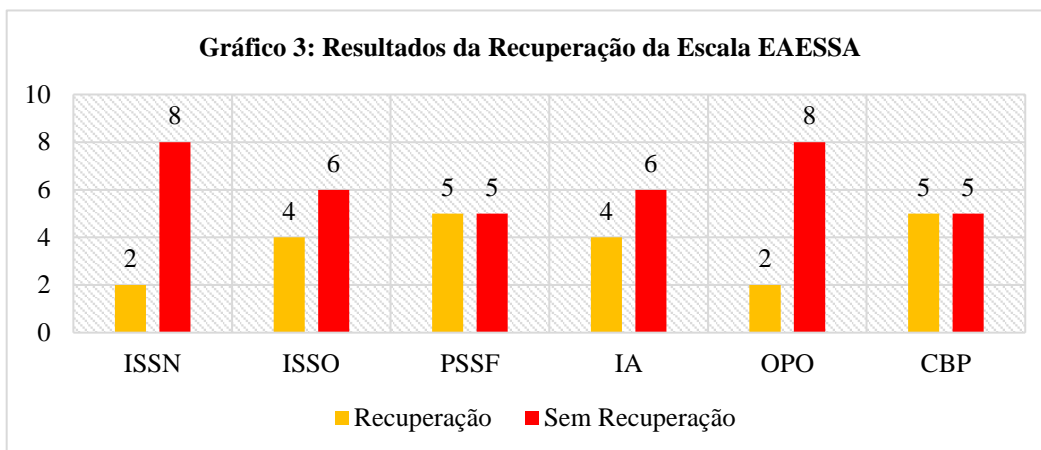
Relativamente à escala PEPQ-A, a análise dos resultados revela que nos fatores *Ruminação Persistente* e *Ruminação Específica* a maioria dos participantes melhorou; e no fator *Tentativa de Controlo* a sua maioria não apresentou qualquer mudança. Nesta escala, no fator *Ruminação Específica*, a parcela de indivíduos com deterioração ou ausência de mudança é equivalente; nos restantes fatores foi uma minoria dos participantes que deterioraram (cf. Gráfico 2).



Nota: PEPQ-A: Questionário de Processamento Pós-Situacional para Adolescentes; RP: Ruminação Persistente; RE: Ruminação Específica; TC: Tentativa de Controlo

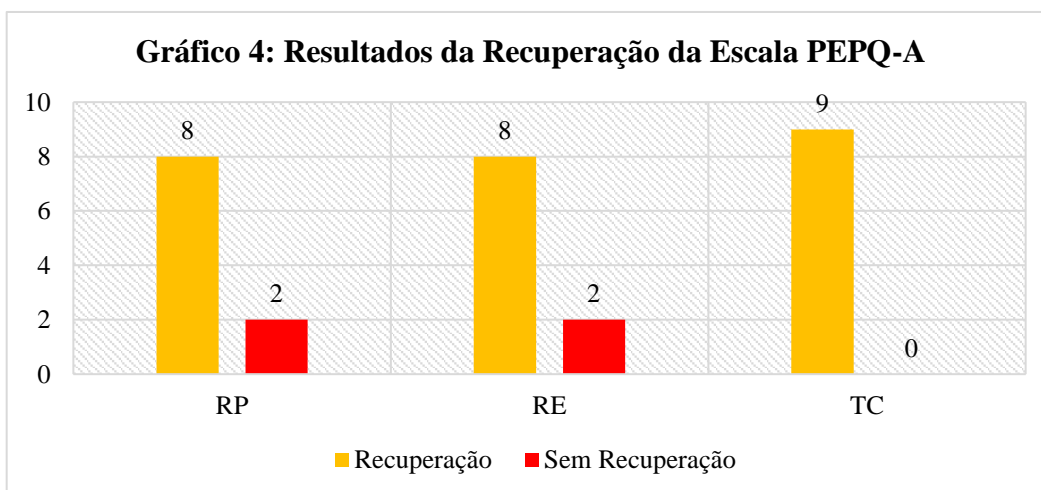
### Mudança intra-sujeitos: recuperação sintomatológica de adolescentes com PAS

Em relação à análise da percentagem de indivíduos recuperados, na escala EAESSA, nos fatores *Interação em Situações Sociais Novas*, *Interação Social com o Sexo Oposto*, *Interação Assertiva* e *Observação pelos Outros* a maioria das adolescentes não recuperaram; e nos fatores *Desempenho em Situações Sociais Formais* e *Comer e Beber em Público* 50% dos adolescentes recuperaram e 50% não (cf. Gráfico 3).



Nota: EAESSA: Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes; ISSN: Interação em Situações Sociais Novas; ISSO: Interação Social com o Sexo Oposto; PSSF: Desempenho em Situações Sociais Formais; IA: Interação Assertiva; OPO: Observação pelos Outros; CBP: Comer e Beber em Público

Já na escala PEPQ-A, em todos os fatores a maior parcela dos participantes mostrou estar recuperado (cf. Gráfico 4).



Nota: PEPQ-A: Questionário de Processamento Pós-Situacional para Adolescentes; RP: Ruminação Persistente; RE: Ruminação Específica; TC: Tentativa de Controle

## Discussão

Apesar de vários estudos já terem avaliado a eficácia de alguns programas terapêuticos para o tratamento da PAS, a maioria deles são desenvolvidos de acordo com o modelo cognitivo-comportamental (e.g., Heimberg, Becker, Goldfinger, & Vermilyea, 1985; Salvador, 2009), sendo poucos aqueles que são aplicados em contexto ecológico para o adolescente (e.g., Fisher, Masia-Warner, & Klein, 2004) e praticamente inexistentes aqueles que estudam as mudanças comportamentais e cognitivas de modo dissociado (e.g. Cunha et al., 2007; Gallagher et al., 2004; Kendall, 1994; Silverman et al., 1999). O presente estudo teve como objetivo estudar o impacto da mudança cognitiva na sintomatologia da ansiedade social em adolescentes com PAS, por recurso a um programa de intervenção de curta duração (i.e., seis sessões) e de implementação em contexto escolar. A eficácia do programa foi considerada ao nível de diversos sintomas da PAS, nomeadamente produtos cognitivos e processos atencionais, da ativação emocional ansiógena e interferência percebida quer pelo adolescente quer pelo terapeuta.

Primeiramente, os resultados obtidos não revelaram efeito principal significativo, sugerindo que o programa não provocou, do pré ao pós-intervenção, as mudanças a que se propôs, para a grande maioria das variáveis em análise. Estes resultados gerais corroboram os resultados tidos em estudos anteriores (e.g. Clark et al., 2003; Fedoroff & Taylor, 2001; Gould, Buckminster, Pollack, Otto, & Yap, 1997; Taylor, 1996), que propõem que a terapia cognitiva-comportamental é a que mostra maior eficácia no tratamento da PAS e que, quando dissociadas de uma componente comportamental de intervenção, a reestruturação cognitiva mostra ter menor eficácia no tratamento da patologia.

De modo mais pormenorizado, quanto à mudança cognitiva inter-sujeito e à mudança da sintomatologia ansiógena de adolescentes com PAS, os resultados obtidos no estudo sugerem que o programa provoca alterações estatisticamente significativas nos níveis de ansiedade suscitados pelo desempenho em situações sociais formais dos participantes, não sendo esta mudança melhor explicada pela aliança terapêutica estabelecida. Estes resultados vão de acordo aos obtidos por Wong (2016), que revelou que os indivíduos com PAS que fazem reestruturação cognitiva, reportam níveis mais baixos de ansiedade e reduzido processamento pós-evento, quando perante uma desempenho oral. Este resultado surge também enquadrado nas características do grupo sujeito a intervenção e do contexto em que o programa decorreu, naturalmente mais direcionado para a resolução do impacto e sintomatologia associada a contextos formais de avaliação, de que é exemplo a escola.

Relativamente à mudança auto-percebida entre a primeira e a última sessão, verificou-se uma alteração estatisticamente significativa na subescala da *Ansiedade*. O participante reporta sentir-se menos ansioso, o que pode remeter para uma menor preocupação e interferência sentida



da ansiedade no próprio quotidiano, após o final do programa. Já na avaliação dos terapeutas, quanto à mudança cognitiva e sintomatológica de cada participante, os resultados não foram os esperados, apesar de haver a percepção de uma diminuição sintomatológica, mas não significativa. Esta avaliação por parte dos terapeutas pode ter sido influenciada pelo facto de o programa não prever/promover alteração comportamental, podendo fazer com que os terapeutas estivessem mais alheios à diminuição dos sintomas, uma vez que a descrição depende da percepção do terapeuta e não dos questionários.

Quanto à mudança clínica intra-sujeito, verificou-se uma melhoria ou ausência de mudança auto-percebida, nos diferentes fatores, quer da escala avaliativa das medidas de ansiedade sentida nas diferentes situações sociais, quer na escala avaliativa dos fatores atencionais no processamento pós-situacional. Relativamente à possível estagnação encontrada para as medidas de *Interação em Situações Sociais Novas*, *Desempenho em Situações Sociais Formais* e *Tentativa de Controlo*, pode referir-se que, apesar de serem temáticas trabalhadas ao longo das sessões, os participantes podem não ter notado uma diferença significativa no seu quotidiano pela necessidade de maior investimento e tempo para as mudanças interpessoais (esquemas, crenças e distorções). Pode-se sugerir que, de alguma forma, houve promoção de alguma flexibilidade psicológica, aceitação da ansiedade associada a situações sociais novas formais ou ao controlo dos eventos passados e programação dos futuros (Flaxman, Blackledge, & Bond, 2011), uma vez que houve uma estagnação ao nível da ruminação cognitiva e tentativa de projeção no futuro. Por outro lado, os dados indicam que a intervenção cognitiva isolada poderá não ter grande impacto na ansiedade autorrelatada, apesar de poder auxiliar na estagnação sintomatológica.

Considerando a estrutura cognitiva mais perfeccionista, ruminativa e menos assertiva dos indivíduos com PAS (Alden & Safran, 1978; Heimberg & Becker, 1981; Vagos, 2010), a melhoria obtida no estudo em alguns fatores (i.e., *Interação com o Sexo Oposto*, *Observação pelos Outros e Comer e Beber em Público*; *Ruminação Persistente* e *Ruminação Específica*) pode estar associada à forte incidência do programa na reestruturação cognitiva, no questionamento e criação de PAR e, igualmente, no facto de serem as situações mais frequentes com que o adolescente se depara e coloca em prática as técnicas aprendidas no programa. Esta melhoria denota-se na iniciativa melhorada em participar nas atividades propostas, no à vontade em sessão, na rápida identificação, questionamento e alternativas às distorções cognitivas e PAN que possam ter, nos relatos de situações sociais anteriormente temidas mas agora vividas com menor ansiedade e com maior ativação de PAR e no colocar-se à prova de alguns elementos do grupo de intervenção (e.g., ir a convívios antes evitados, fazer parte de grupos de inclusão de alunos novos, ser tutor de colegas, entre outros).

Já na recuperação clínica, denotaram-se algumas alterações; todavia nos fatores da escala EAESSA, a maior parte dos sujeitos percebeu-se como não recuperados. Na escala PEPQ-A os resultados foram bastante diferentes, sendo que a maioria dos adolescentes avaliaram-se como recuperados, ou seja, sentindo-se menos ansiosos quando pensam numa situação social anteriormente temida, acabando por não gerar/atender pensamentos ruminativos associados ao evento e sentindo que tentam ter um maior controlo sobre a situação e a sua ansiedade do que na pré-intervenção. Desta forma, pode-se sugerir que houve alteração naquilo que foi diretamente trabalhado no programa, apesar de não significativa, sendo que esta significância pode estar diretamente associada ao tempo de duração de implementação do programa.

É necessário salientar que, apesar de alguns resultados terem mostrado mudanças que não foram estatisticamente significativas, os terapeutas implicados denotaram e observaram diversas alterações cognitivas e sintomatológicas no grupo, que não foram mensuráveis nos resultados das escalas. Estas disparidades entre os resultados obtidos e os observados podem estar associadas ao facto da terapia em grupo, *per si*, ser uma situação social capaz de causar ansiedade ao adolescente, situação essa que o leva a ativar os seus PAN e crenças (Clark, 2001); do programa ser de curta duração e existirem elementos que nem sempre estavam presentes, não dando a possibilidade para criar relação e ligação terapêutica quer com os terapeutas quer com os colegas; da terapia cognitiva ser uma terapia direcionada para a autorreflexão e autoconhecimento, assim como para a partilha e exposição de crenças e emoções, colocando o adolescente, mais uma vez, numa situação intimidante e expositiva. É indispensável relembrar que o adolescente com PAS, pela definição da patologia, mostra traços de timidez (Zimbardo, Pilkonis, & Norwood, 1974), crenças incondicionadas e negativas de si (Clark, 2001), menor expressividade e descrição quanto às suas emoções (Heimberg, Brozovich, & Rapee, 2010). Os fatores mencionados podem ter influência nos resultados obtidos.

Por fim e tal como esperado, verificou-se que a dissociação da terapia cognitiva da terapia comportamental é quase impossível, uma vez que a terapia cognitiva implica comportamentos verbais, escrita e experimentação/exposição. Tal como referem Rodebaugh, Holaway, & Heimberg (2004), uma acaba por envolver imperativamente a outra, dado que para testar a eficácia da reestruturação cognitiva que vai sendo trabalhada ao longo do programa, o adolescente é motivado e obrigado a testá-la no seu quotidiano. Neste sentido, salienta-se que durante o programa foi necessário utilizar comportamentos verbais, apesar de nunca ter sido insinuada a mudança comportamental. Além disto, os resultados obtidos validam os modelos cognitivo-comportamentais, reforçando a visão unitária e englobante do ser humano.

O presente estudo apresenta algumas limitações de *design*, nomeadamente, um número reduzido de participantes, participantes somente do género feminino, tempo de execução do

programa talvez demasiado curto para surtir um grande efeito e falta de validação da escala EPASSA para a população estudada.

Concomitantemente a estas variáveis decorrentes do *design* metodológico definido *à priori* para o estudo, descreminam-se outras impossíveis de controlar, designadamente, características individuais e faltas realizadas ao longo do programa. Estas variáveis poderão ter impacto nos resultados do programa, no sentido positivo (i.e., remissão espontânea, maior disponibilidade e empenho para a mudança, entre outros) ou no sentido negativo (i.e., menor à vontade para a participação nas dinâmicas, maior reatividade ao programa, menor investimento, entre outros), assim como poderão influenciar a dinâmica do grupo, diminuindo confiança entre os membros do grupo, os sentimentos de empatia, vontade de investir na mudança interpessoal e do grupo, entre outros.

### **Estudos Futuros**

Para estudos futuros sugere-se o aumento do tamanho da amostra, de forma a poder ter mais segurança na confiabilidade dos resultados obtidos; inclusão de indivíduos quer do sexo feminino quer do sexo masculino, o que faz com que o grupo seja mais semelhante ao contexto real da turma, com que os níveis de ameaça percebida sejam aumentados e, conseqüentemente, o enfrentamento e ecologia do estudo sejam mais próximos do real; e aumento do tempo de execução do programa, de modo a promover uma mudança mais enraizada e sólida, diminuindo a probabilidade de recaída. É imprescindível lembrar que o aumento do tempo de implementação aumenta, igualmente, a probabilidade de surgirem mais *dropouts*. Perceber quais as situações mais ou menos ansiógenas para cada participante, de modo a trabalhá-las com maior eficácia.

Propõem-se, ainda, a elaboração de estudos que comparem as diferentes terapias psicológicas existentes, bem como terapias psicofarmacológicas, de forma a compreender quais das terapias é mais eficaz para o tratamento da PAS na adolescência e se a psicofarmacologia é imprescindível para o tratamento da patologia. Além de uma comparação inter-terapias, poder-se-ão realizar comparações com *follow-up*, para que seja possível averiguar a persistência da mudança a longo prazo. Sumamente, propõem-se a verificação efetiva da relação terapêutica, de forma a compreender se existiu e qual a sua importância para os resultados obtidos.

### **Conclusão**

Os resultados obtidos no presente estudo parecem indicar uma tendência para uma diminuição de sintomas, que, para a maioria das medidas em análise, não foi significativa. É de realçar que o impacto mais expressivo do programa deu-se ao nível das variáveis que constituem o foco do mesmo, como é a atenção e desempenho em situações sociais formais. Apesar deste

quadro, os resultados parecem indicar uma necessidade de complementar a intervenção cognitiva com a comportamental, como tem sido prática corrente.

## Referências

- Albano, A. M., & DiBartolo, P. M. (2007). *Cognitive-behavioral therapy for social phobia in adolescents: Stand up, speak up. Therapist guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Albano, A. M., Marten, P. A., Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Barlow, D. H. (1995). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in adolescents: A preliminary study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 10(183), 649-656. <https://doi.org/10.1097/00005053-199510000-00006>
- Alden, L. E., & Safran, J. (1978). Irrational beliefs and nonassertive behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 2(4), 357–364. <https://doi.org/10.1007/BF01172652>
- APA. (2013). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (Artmed, Ed.) (5th ed.). São Paulo: ABP.
- Asendorpf, J. B. (1987). Videotape reconstruction of emotions and cognitions related to shyness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(3), 542–549. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.3.542>
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (2005). *Cognitive therapy for challenging problems: What to do when basics don't work*. New York: Guilford Press.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(6), 643–50. <https://doi.org/10.1097/00004583-199906000-00010>
- Blöte, A. W., Kint, M. J. W., & Westenberg, P. M. (2007). Peer behavior toward socially anxious adolescents: Classroom observations. *Behaviour Research and Therapy*, 45(11), 2773–2779. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.06.011>
- Brozovich, F., & Heimberg, R. G. (2008). An analysis of post-event processing in social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 891–903. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.01.002>
- Christie, D., & Viner, R. (2001). ABC of Adolescence: Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52(January), 83–110. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7486.301>
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive Therapy of Social Phobia. In *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* (pp. 332–384). New York: The Guilford Press.
- Clark, D. M. (1997). Panic disorder and social phobia. In D. M. Clark & C. G. Fairburn, *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 121–153). Oxford: Oxford University Press.
- Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. In W. R. Crozier & L. E. Alden

- (Eds.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research and interventions relating to the self and shyness* (pp. 405–430). John Wiley & Sons Ltd.  
[https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(97\)87445-8](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(97)87445-8)
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., Louis, B. (2003). Cognitive Therapy Versus Fluoxetine in Generalized Social Phobia: A Randomized Placebo-Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 1058–1067.  
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.6.1058>
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier, *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69–93). New York: Guilford Press.
- Conboy, J. E. (2003). Algumas medidas típicas univariadas da magnitude do efeito (\*). *Análise Psicológica*, 2, 145–158. <https://doi.org/10.14417/ap.29>
- Crawley, S. A., Beidas, R. S., Benjamin, C. L., Martin, E., & Kendall, P. C. (2008). Treating Socially Phobic Youth with CBT: Differential Outcomes and Treatment Considerations. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(4), 379–389.  
<https://doi.org/10.1017/S1352465808004542>
- Csikszentmihalyi, M., Larson, R., & Prescott, S. (1977). The ecology of adolescent activity and experience. *Journal of Youth and Adolescence*, 6(3), 281–294.  
<https://doi.org/10.1007/BF02138940>
- Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., Alegre, S., & Salvador, M. C. (2004). Avaliação da ansiedade social na adolescência: A versão portuguesa da SAS-A. *Psychologica*, 35, 249–263.
- Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., & Salvador, M. C. (2008). Social fears in adolescence: The social anxiety and avoidance scale for adolescents. *European Psychologist*, 13(3), 197–213.  
<https://doi.org/10.1027/1016-9040.13.3.197>
- Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., Salvador, M. C., & Alegre, S. (2004). Medos Sociais na Adolescência: A Escala de Ansiedade e Evitamento de Situações Sociais para Adolescentes (EAESSA). *Psychologica*, 36, 195–217.
- Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., & Soares, I. (2007). Natureza, frequência e consequências dos medos sociais na adolescência: Dados na população portuguesa. *Psychological*, 44, 207–236.
- Dalgleish, T., & Watts, F. N. (1990). Biases of attention and memory in disorders of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review*, 10(5), 589–604. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90098-U](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90098-U)
- Davis, R., Souza, M. A. M., Rigatti, R., & Heldt, E. (2014). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in children and adolescents: A systematic review of follow-up studies. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(4), 373–378. <https://doi.org/10.1590/0047->

2085000000047

- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37(9), 831–843.  
[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00179-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00179-X)
- Fedoroff, I. C., & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21(3), 311–324.  
<https://doi.org/10.1097/00004714-200106000-00011>
- Fehm, L., Hoyer, J., Schneider, G., Lindemann, C., & Klusmann, U. (2008). Assessing post-event processing after social situations: a measure based on the cognitive model for social phobia. *Anxiety, Stress & Coping*, 21(2), 129–142. <https://doi.org/10.1080/10615800701424672>
- Fisher, P. H., Masia-Warner, C., & Klein, R. G. (2004). Skills for social and academic success: A school-based intervention for social anxiety disorder in adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(4), 241–249. <https://doi.org/10.1007/s10567-004-6088-7>
- Flaxman, P. E., Blackledge, J. T., & Bond, F. W. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy: The CBT Distinctive Features Series* (1st ed.). New York: Routledge.
- Gallagher, H. M., Rabian, B. A., & McCloskey, M. S. (2004). A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(4), 459–479.  
[https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(03\)00027-6](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(03)00027-6)
- Garcia-Lopez, L.-J., Olivares, J., Beidel, D., Albano, A.-M., Turner, S., & Rosa, A. I. (2006). Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: a 5-year follow-up assessment. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(2), 175–191.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.01.003>
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W., & Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(4), 291–306. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00123.x>
- Hackmann, A., Surawy, C., & Clark, D. M. (1998). Seeing yourself through others' eyes: A study of spontaneously occurring images in social phobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, (26), 3–12.
- Hall, G. S. (1994). *Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education* (Vol. I & II). New York: D. Appleton & Co.
- Harris, J. R. (1995). Where is the child's environment? A group socialization theory of development. *Psychological Review*, 102(3), 458–489. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.102.3.458>
- Hatcher, R. L., & Gillaspie, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of

- the working alliance inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12–25.  
<https://doi.org/10.1080/10503300500352500>
- Hayes, S. A., Miller, N. A., Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (2008). Assessing client progress session by session in the treatment of social anxiety disorder: The social anxiety session change index. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(2), 203–211.  
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2007.02.010>
- Hayward, C., Varady, S., Albano, A. M., Thienemann, M., Henderson, L., & Schatzberg, A. F. (2000). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents: Results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39(6), 721–726. <https://doi.org/10.1097/00004583-200006000-00010>
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (1981). Cognitive and behavioral models of assertive behavior: Review, analysis and integration. *Clinical Psychology Review*, 1(3), 353–373.  
[https://doi.org/10.1016/0272-7358\(81\)90011-8](https://doi.org/10.1016/0272-7358(81)90011-8)
- Heimberg, R. G., Becker, R. E., Goldfinger, K., & Vermilyea, J. A. (1985). Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring, and homework assignments. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(4), 236–245.
- Heimberg, R. G., Brozovich, F. A., & Rapee, R. M. (2010). A cognitive behavioral model of social anxiety disorder: Update and extension. In S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo, *Social Anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives* (3rd ed., pp. 395–422). New York: Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375096-9.00015-8>
- Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Moitra, E., Myers, V. H., Dalrymple, K. L., & Brandsma, L. L. (2009). Cognitive behavior therapy for generalized social anxiety disorder in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(2), 167–177.  
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.06.004>
- Hofmann, S. G. (2007). Comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(4), 193–209.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(59), 12–19.
- Johnson, R. L., & Glass, C. R. (1989). Heterosocial anxiety and direction of attention in high school boys. *Cognitive Therapy and Research*, 13(5), 509–526.  
<https://doi.org/10.1007/BF01173909>
- Kashdan, T. B., & Herbert, J. D. (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Current status and future directions. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 4(1), 37–61. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1023/A:1009576610507>



- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 100–110.
- Khalid-khan, S., Santibanez, M., McMicken, C., & Rynn, M. A. (2007). Social anxiety disorder in children epidemiology, diagnosis, and treatment. *Pediatric Drugs*, 9(4), 227–237.
- LaGreca, A. M. (1998). *Manual and instructions for the Social Anxiety Scales for Children and Adolescents*. New York: University of Miami.
- Lang, P. J. (1979). Presidential address, 1978. A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1979.tb01511.x>
- Maassen, G. H. (2001). The unreliable change of reliable change indices. *Behaviour Research and Therapy*, 39(4), 495–498. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(00\)00029-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00029-2)
- MacLeod, C., & Mathews, A. (1991). Biased cognitive operations in anxiety: Accessibility of information or assignment of processing priorities? *Behaviour Research and Therapy*, 29(6), 599–610. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(91\)90009-R](https://doi.org/10.1016/0005-7967(91)90009-R)
- Masia-Warner, C., Fisher, P. H., Shrout, P. E., Rathor, S., & Klein, R. G. (2007). Treating adolescents with social anxiety disorder in school: An attention control trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 48(7), 676–686. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2007.01737.x>
- Masia-Warner, C., Klein, R. G., Dent, H. C., Fisher, P. H., Alvir, J., Albano, A. M., & Guardino, M. (2005). School-based intervention for adolescents with social anxiety disorder: Results of a controlled study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(6), 707–722. <https://doi.org/10.1007/s10802-005-7649-z>
- Masia, C. L., Klein, R. G., Storch, E. A., & Corda, B. (2001). School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in adolescents: Results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(7), 780–786. <https://doi.org/10.1097/00004583-200107000-00012>
- Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Salvador, M. C. (2000). Um Protocolo para a Avaliação Clínica da Fobia Social através de Questionários de Auto-resposta. In J. Pinto-Gouveia, *Ansiedade Social: da Timidez à Fobia Social* (pp. 237–258). Coimbra: Quarteto.
- Ramos, M. A. F. (2008). *Análise das Características Psicométricas da Versão Portuguesa do Working Alliance Inventory - Short Revised*. Universidade do Minho.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 741–756. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00022-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00022-3)
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 883–908.

- <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.07.007>
- Salvador, M. C. (2009). “*Ser eu próprio entre os outros*” - Um novo protocolo de intervenção para adolescentes com fobia social generalizada. Universidade de Coimbra.
- Salvador, M. C., Pinto-Gouveia, J., & Bento, C. (s.d.). A Escala de Pensamentos Automáticos em Situações Sociais para Adolescentes (EPASSA): Características psicométricas. *Manuscrito Não Publicado*.
- Seabra, D. (2014). *O papel do autocriticismo e da vergonha no processamento pós-situacional numa população clínica com PAS*. Universidade de Coimbra. Retrieved from [https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/27337%5Cnhttps://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/27337/1/TESE - Daniel Seabra.pdf](https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/27337%5Cnhttps://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/27337/1/TESE%20-%20Daniel%20Seabra.pdf)
- Sheehan, D. V., Sheehan, K. H., Shytle, R. D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J. E., ... Wilkinson, B. (2010). Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 313–326.
- Silva, M. G., & Costa, M. E. (2005). Desenvolvimento psicossocial e ansiedades nos jovens. *Análise Psicológica*, 2(23), 111–127.
- Ribeira de Silva, D. , Motta, C., Brazão, N., & Rijo, D. (n.d.). MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL Para Crianças e Adolescentes.
- Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Ginsburg, G. S., Weems, C. F., Lumpkin, P. W., & Carmichael, D. H. (1999). Treating anxiety disorders in children with group cognitive-behavioural therapy: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 995–1003.
- Spear, L. P. (2000). *The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. Neuroscience and Biobehavioral Reviews* (Vol. 24). [https://doi.org/10.1016/S0149-7634\(00\)00014-2](https://doi.org/10.1016/S0149-7634(00)00014-2)
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27(1), 1–9. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(95\)00058-5](https://doi.org/10.1016/0005-7916(95)00058-5)
- Vagos, P. E. R. M. (2010). *Ansiedade Social e Assertividade na Adolescência*. Universidade de Aveiro.
- Vagos, P., Pereira, A., & Warner, C. M. (2015). Effectiveness of Skills for Academic and Social Success (SASS) With Portuguese Adolescents. *International Journal of Group Psychotherapy*, 65(1), 135–147. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2015.65.1.135>
- Vagos, P., Rijo, D., & Salvador, M. C. (2017). Intervenção na ansiedade social – Abordagem cognitiva. *Manuscrito Não Publicado*.
- Wallace, S. T., & Alden, L. E. (1997). Social phobia and positive social events: the price of success. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(3), 416–424. <https://doi.org/10.1037/0021->

- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(4), 448–457. <https://doi.org/10.1037/h0027806>
- Weeks, J. W., Heimberg, R. G., Rodebaugh, T. L., & Norton, P. J. (2008). Exploring the relationship between fear of positive evaluation and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 386–400. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.04.009>
- Wise, E. A. (2004). Methods for analyzing psychotherapy outcomes: a review of clinical significance, reliable change, and recommendations for future directions. *Journal of Personality Assessment*, 82(1), 50–59. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8201\\_10](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8201_10)
- Wittchen, H. U., & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 108(417), 4–18. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.108.s417.1.x>
- Wittchen, H. U., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and comorbidity. *Psychological Medicine*, 29, 309–323. <https://doi.org/doi:10.1017/S0033291798008174>
- Wong, Q. J. J. (2016). Anticipatory processing and post-event processing in social anxiety disorder : An update on the literature. *Journal of Affective Disorders*, 51(September 2015), 105–113. <https://doi.org/10.1111/ap.12189>
- Wong, Q. J. J., & Rapee, R. M. (2016). The aetiology and maintenance of social anxiety disorder: A synthesis of complimentary theoretical models and formulation of a new integrated model. *Journal of Affective Disorders*, 203, 84–100. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.069>
- Zimbardo, P., Pilkonis, P., & Norwood, R. (1974). *The Silent Prison of Shyness*. Stanford University.

## Anexo 1

Tabela 1: *Crítérios de Diagnóstico DSM 5*

<p><b>Crítério A.</b> Medo ou ansiedade acentuados de uma ou mais situações sociais em que o indivíduo é exposto a possível avaliação. As situações sociais incluem interação social, ser observado e situações de desempenho perante os outros;</p> <p><b>Crítério B.</b> O indivíduo teme agir de forma a demonstrar sintomas de ansiedade que serão avaliados negativamente;</p> <p><b>Crítérios C.</b> As interações sociais devem quase sempre provocar medo ou ansiedade;</p> <p><b>Crítério D.</b> As situações sociais são evitadas ou suportadas com intenso medo ou ansiedade;</p> <p><b>Crítério E.</b> O medo ou ansiedade é desproporcional à ameaça real apresentada pela situação social;</p> <p><b>Crítério F.</b> O medo, ansiedade ou evitamento é persistente, com duração típica de 6 meses ou mais;</p> <p><b>Crítério G.</b> O medo, ansiedade ou evitamento causam mal-estar clinicamente significativo ou déficit social, académico, profissional ou noutras áreas importantes para a vida do indivíduo;</p> <p><b>Crítério H.</b> O medo, ansiedade ou evitamento não é consequência dos efeitos fisiológicos de uma substância ou de outra condição médica;</p> <p><b>Crítério I.</b> O medo, ansiedade ou evitamento não é mais bem explicado por sintomas de outra perturbação mental;</p> <p><b>Crítério J.</b> O medo, a ansiedade e o evitamento não estão claramente relacionados ou são excessivos, caso outra condição médica esteja presente.</p>
--

## Anexo 2

Tabela 2: *Planeamento das Sessões de Terapia Cognitiva*

Sessão	Objetivos	Dinâmicas
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Definição das regras de funcionamento do grupo</li> <li>b. Compreensão e compromisso com o modelo cognitivo explicativo da PAS, incluindo o processamento de informação social antes, durante e depois de um evento social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Aqui mando eu</li> <li>b. Quando pensar é complicar</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Conhecimento das distorções cognitivas presentes, que muitas vezes orientam o processamento da informação social</li> <li>b. Exploração das distorções cognitivas presentes quando o participante está a processar a informação social dos eventos diários</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Óculos da vida</li> <li>b. Ver com as minhas lenes</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Promoção da reestruturação cognitiva dos PAN que ocorrem no processamento antecipatório</li> <li>b. Desenvolvimento de pensamentos realistas para eventos sociais que se antecipam num futuro próximo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Do hábito PAN ao plano PAR</li> <li>b. Plano cognitivo de ataque</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Aplicação da reestruturação cognitiva a auto-imagens que são ativadas aquando do evento social temido</li> <li>b. Treino atencional para pistas sociais externas neutras, positivas e negativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Se eu fosse capa de revista</li> <li>b. Agora vê-me, agora não</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Reestruturação cognitiva de memórias excessivamente negativas de eventos sociais passados</li> <li>b. Definição de critérios de avaliação de desempenho a serem aplicados de modo mais realista, após os eventos sociais terem ocorrido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. De onde eu vim</li> <li>b. Para onde eu vou</li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Revisão da reestruturação cognitiva aplicada no processamento de informação social antecipatório, situacional e pós-situacional</li> <li>b. Aplicação da reestruturação cognitiva no processamento antecipatório, situacional e pós-situacional a ser aplicado em eventos sociais que se preveem num futuro próximo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Em retrospectiva</li> <li>b. Em prospetiva</li> </ul>

### Anexo 3

Tabela 10: *Resultados RCI*

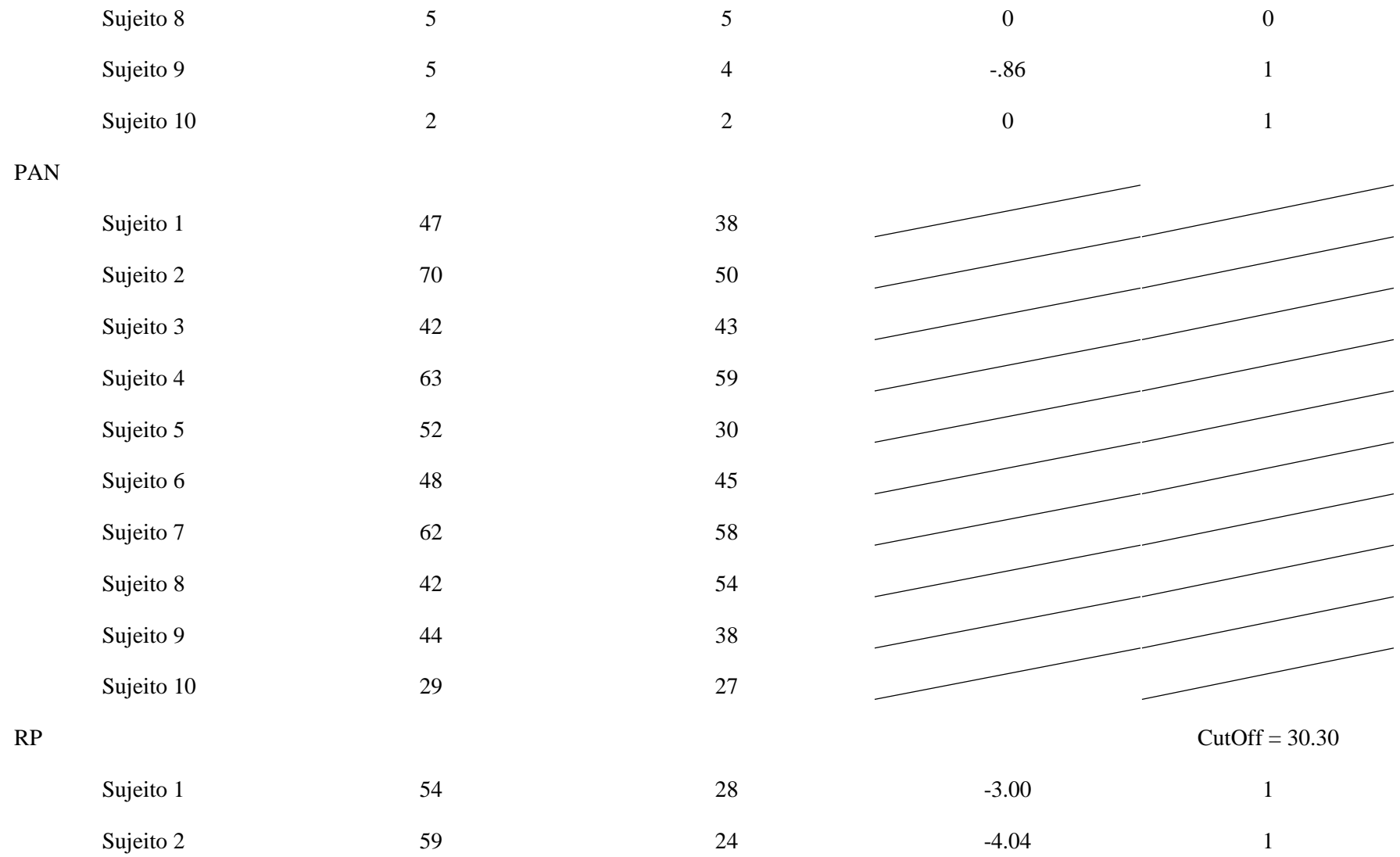
	Valores brutos das Escalas Pré-Intervenção (n=10)	Valores brutos das Escalas Pós-Intervenção (n=10)	RCI – Melhoria (n=10)	RCI – Recuperação (n=10)
ISSN	CutOff = 9.77			
Sujeito 1	13	13	0	0
Sujeito 2	18	11	-3.70	0
Sujeito 3	16	18	1.06	0
Sujeito 4	17	16	-.53	0
Sujeito 5	19	10	-4.75	0
Sujeito 6	13	8	-2.64	1
Sujeito 7	16	18	1.06	0
Sujeito 8	13	15	1.06	0
Sujeito 9	10	10	0	0
Sujeito 10	7	6	-.53	1
ISSO	CutOff = 10.08			

	Sujeito 1	15	13	-3.06	0
	Sujeito 2	20			
	Sujeito 3	10	15	4.90	0
	Sujeito 4	13	19	-3.68	0
	Sujeito 5	11	9	-3.06	1
	Sujeito 6	20	8	-6.13	1
	Sujeito 7	15	13	3.06	0
	Sujeito 8	12	11	.61	0
	Sujeito 9	8	7	0	1
	Sujeito 10	5	8	0	1
PSSF					CutOff = 12.64
	Sujeito 1	14	13	-.38	0
	Sujeito 2	20	14	-2.27	0
	Sujeito 3	17	15	-.76	0
	Sujeito 4	19	19	0	0
	Sujeito 5	17	9	-3.03	1
	Sujeito 6	17	8	-3.40	1

IA	Sujeito 7	16	13	-1.13	0
	Sujeito 8	12	11	-.38	1
	Sujeito 9	8	7	-.38	1
	Sujeito 10	10	8	-.76	1
	CutOff = 14.72				
	Sujeito 1	20	15	-1.58	0
	Sujeito 2	26	17	-2.85	0
	Sujeito 3	21	26	1.58	0
	Sujeito 4	20	21	.32	0
	Sujeito 5	15	10	-1.58	1
OPO	Sujeito 6	17	12	-1.58	1
	Sujeito 7	19	20	.32	0
	Sujeito 8	17	21	1.27	0
	Sujeito 9	7	8	.32	1
	Sujeito 10	11	11	0	1
	CutOff = 10.83				
	Sujeito 1	19	14	-2.67	0



	Sujeito 2	29	20	-4.81	0
	Sujeito 3	16	15	-.53	0
	Sujeito 4	17	18	.53	0
	Sujeito 5	15	10	-2.67	1
	Sujeito 6	23	14	-4.81	0
	Sujeito 7	21	16	2.67	0
	Sujeito 8	20	25	2.67	0
	Sujeito 9	17	16	-.53	0
	Sujeito 10	8	10	1.07	1
CBP					CutOff = 4.60
	Sujeito 1	4	4	0	1
	Sujeito 2	10	8	-1.73	0
	Sujeito 3	3	5	1.73	0
	Sujeito 4	3	6	2.59	0
	Sujeito 5	6	2	-3.46	1
	Sujeito 6	5	4	-.86	1
	Sujeito 7	4	5	.86	0



	Sujeito 3	7	9	.23	1
	Sujeito 4	10	6	-.46	1
	Sujeito 5	29	12	-1.96	1
	Sujeito 6	33	21	-1.39	1
	Sujeito 7	52	54	.23	0
	Sujeito 8	17	32	1.73	0
	Sujeito 9	26	13	-1.27	1
	Sujeito 10	15	21	.69	1
RE					CutOff = 32.01
	Sujeito 1	32	23	-.87	1
	Sujeito 2	53	19	-3.28	1
	Sujeito 3	15	18	.29	1
	Sujeito 4	18	34	1.55	0
	Sujeito 5	33	7	-2.51	1
	Sujeito 6	30	9	-1.06	1
	Sujeito 7	47	44	-.23	0
	Sujeito 8	21	31	.97	1

TC	Sujeito 9	---	15	1.45	1
	Sujeito 10	26	32	.58	1
	CutOff = 27.39				
	Sujeito 1	32	13	-1.42	1
	Sujeito 2	40	15	-1.86	1
	Sujeito 3	27	16	-.82	1
	Sujeito 4	7	19	.89	1
	Sujeito 5	18	11	-.52	1
	Sujeito 6	20	12	-.60	1
	Sujeito 7	32	---	-2.39	---
	Sujeito 8	15	19	.30	1
	Sujeito 9	10	13	.22	1
	Sujeito 10	27	21	-.45	1

Nota: RCI: Índice de Mudança Confiável; 0 = Não Recuperado; 1 = Recuperado